



Convention concernant le financement du trajet de soins troubles de l'alimentation – partie 2

Formulaire de candidature en tant que centre de référence pour les troubles de l'alimentation

À renvoyer **au plus tard le 1er février 2025**, entièrement complétée, signée numériquement et accompagnée des annexes demandées, à l'adresse suivante : ovcomeddir@riziv-inami.fgov.be

I. L'établissement de soins qui se porte candidat

→ Si plusieurs établissements de soins soumettent conjointement une candidature en tant que centre de référence pour les troubles de l'alimentation (conformément aux dispositions de l'article 5, §3 de la présente convention), veuillez ajouter ces données.

Nom de l(es)'établissement(s) de soins :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
Numéro d'identification INAMI de l(es)'établissement(s) de soins :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
Adresse(s) administrative(s) :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
Nom et prénom du responsable de l(es)'établissement(s) de soins :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
Adresse(s) mail :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

Nom et prénom du (des) directeur(s) médical :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
Adresse(s) mail :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
N°INAMI :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

Nom de l'établissement de soins agissant en tant que gestionnaire financier du centre de référence pour les troubles de l'alimentation :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
Numéro d'identification INAMI de l'établissement de soins :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
Adresse administrative :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
Nom et prénom du responsable de l'établissement de soins :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

Adresse mail :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
Nom et prénom de la personne à contacter en cas de questions administratives :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
Adresse mail:	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
Numéro de téléphone:	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

II. Noms des membres de l'équipe thérapeutique multidisciplinaire spécialisée dans le traitement des troubles de l'alimentation (voir article 5, §1 de la convention)

- *Si plusieurs membres participent, veuillez ajouter leurs coordonnées en annexe.*
- *Veuillez ajouter le CV et le portfolio des membres de l'équipe en annexe.*

<input type="checkbox"/>	Au sein de l'équipe thérapeutique multidisciplinaire, au moins 3 dispensateurs de soins ont une expérience professionnelle pertinente en matière de troubles de l'alimentation de cinq ans.
<input type="checkbox"/>	L'équipe thérapeutique multidisciplinaire possède des compétences de base telles que décrites à l'article 5, §1er, 5° de la convention

Médecin-spécialiste en (pédo)psychiatrie :	
Nom et prénom :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
Adresse mail :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
N° INAMI :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
CV et portfolio ajoutés en annexe	<input type="checkbox"/>

Médecin spécialiste en pédiatrie :	
Nom et prénom :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
Adresse mail :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
N° INAMI :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
CV et portfolio ajoutés en annexe	<input type="checkbox"/>

Médecin spécialiste en médecine interne :	
Nom et prénom :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
Adresse mail :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
N° INAMI :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
CV et portfolio ajoutés en annexe	<input type="checkbox"/>

Diététicien.ne	
Nom et prénom :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
Adresse mail :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
N° INAMI :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
CV et portfolio ajoutés en annexe	<input type="checkbox"/>

Un.e psychologue/ orthopédagogue clinicien	
Nom et prénom :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
Adresse mail :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
N° INAMI :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
CV et portfolio ajoutés en annexe	<input type="checkbox"/>

Un.e thérapeute familial.e :	
Nom et prénom :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
Adresse mail :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
N° INAMI :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
CV et portfolio ajoutés en annexe	<input type="checkbox"/>

Un.e infirmier.e (psychiatrique) :	
Nom et prénom :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
Adresse mail :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
N° INAMI :	Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
CV et portfolio ajoutés en annexe	<input type="checkbox"/>

III. L'offre thérapeutique/les infrastructures suivantes pour les troubles de l'alimentation (voir article 5, §2 de la convention)

Décrivez la capacité ambulatoire spécialisée (consultations externes, y compris les offres de groupe) et résidentielle (K, A ou T) pour le traitement des patients souffrant de troubles de l'alimentation :

Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

Décrivez l'offre thérapeutique existante et le programme thérapeutique à temps partiel existant pour les patients souffrant de troubles de l'alimentation et leur famille, y compris la thérapie multifamiliale :

Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

Décrivez les infrastructures pour le traitement somatique du patient (E ou D ou fonction soins intensifs) et/ou la coopération avec un service interne et/ou des services (pédiatriques) d'un hôpital voisin, et cochez la possibilité d'une alimentation par sonde gastrique ou des protocoles spécifiques en bas si disponibles :

Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

- La possibilité de traiter les patients à l'aide d'une alimentation par sonde gastrique
- Des protocoles pour le traitement des complications somatiques chez des patients souffrant de troubles de l'alimentation

Décrivez les possibilités d'intervention de crise :

Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

Veillez décrire comment des service intégrés et la continuité des soins sont assurés :

- *A remplir uniquement si plusieurs établissements de soins soumettent conjointement une candidature en tant que centre de référence pour les troubles de l'alimentation (conformément aux dispositions de l'article 5, §3 de la présente convention).*
- *Veillez ajouter les accords formels/accords de coopération en annexe.*

Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

IV. Expérience démontrée du centre (voir article 5, §4 de la convention)

- *Le Service vérifiera le nombre d'admissions et la durée de séjour totale des patients souffrant de troubles de l'alimentation pour le centre (données des 2 ou 3 dernières années disponibles, à l'exclusion des années 2020 et 2021) sur la base des données RPM et RHM.*

Nombre de patients traités en ambulatoire souffrant de troubles de l'alimentation (chiffres de l'année la plus récente) :

Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

V. Expertise démontrée du centre (voir article 5, §5 de la convention)

- Veuillez ajouter en annexe :
- Une liste de publications évaluées par les pairs
 - Une liste du nombre de conférences données
 - Une liste du nombre de formations (continues) données

VI. Engagements

- L'établissement de soins s'engage à :
- notifier au Service des soins de santé tout changement dans la composition de l'équipe et de la personne de contact via l'adresse mail : ovcomeddir@riziv-inami.fgov.be ;
 - tenir à jour une liste des formations et d'activités de formation continue suivies en matière de troubles de l'alimentation de tous les dispensateurs de soins faisant partie de l'équipe thérapeutique multidisciplinaire ;
 - respecter les engagements du centre de référence tels que définis à l'article 6 de la convention ;

- autoriser tous les délégués de l'INAMI/des organismes assureurs à effectuer les visites qu'ils jugent nécessaires dans le cadre de la mise en œuvre de la présente convention.

VII. Les signataires confirment :

- qu'ils ont pris connaissance de la convention concernant le financement du trajet de soins troubles de l'alimentation – Partie 2 ;
- que les informations susmentionnées sont complètes et exacte ;
- qu'ils remplissent les conditions prévues par la convention concernant le financement du trajet de soins troubles de l'alimentation – partie 2.

Fait à (lieu) :

Cliquez ou appuyez pour entrer une date.

Date:

Cliquez ou appuyez pour entrer une date.

Nom(s), prénom(s) et signature(s) de la **personne responsable du pouvoir organisateur de l(es) établissement(s) de soins** [nom(s) de l(es) établissement(s) de soins] qui pose sa candidature :

X

Nom(s), prénom(s), signature(s) du/des **directeur(s) médical de l(es) établissement(s) de soins** [nom(s) de l(es) établissement(s) de soins] qui pose sa candidature :

X
